



AUTORIZACION PARA REGISTROS DE IMÁGENES DE HERIDAS SIMPLES COMPLEJAS U OSTOMÍAS

Se me ha solicitado autorización para la toma de registro fotográfico de la/las heridas simples o complejas y/o ostomías durante el curso del tratamiento ambulatorio u Hospitalizado, en la unidad o servicio clínico donde soy atendido.

El propósito principal del registro fotográfico es evitar la manipulación de mi herida y prevenir infecciones, para poder realizar el seguimiento de la evolución y/o mejoría de esta.

El segundo propósito es que dicho registro pueda usarse para casos clínicos, ponencias o estudios que contribuyan al desarrollo y mejoras en el manejo de las heridas en la población.

Yo entiendo que:

- a) Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a la fotografía de mi herida será contestada por la persona que me solicita la autorización.
- b) Podré negarme a la toma de imagen de mi herida, sin que esto perjudique mi calidad de paciente o usuario/a.
- c) Los resultados de ponencias, estudios relacionados con la imagen de mi herida y diagnósticos pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada resguardándose la confidencialidad de mis datos personales.
- d) Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

<p>Nombre (en letra de imprenta): _____</p> <p style="text-align: center;">(Paciente/representante legal/cónyuge/familiar directo)</p> <p>Rut: _____ Firma: _____</p> <p style="text-align: center;">(Paciente/representante legal/cónyuge/familiar directo)</p> <p>En caso de que lo firmase una persona que no sea el paciente, indique la relación: _____</p>
<p>Nombre del funcionario solicitante: _____</p> <p>Estamento _____ Rut: _____</p> <p style="text-align: center;">Firma: _____</p>

Temuco, ____/____/____